

LES DÉTERMINANTS PSYCHOSOCIAUX DU NON-RECOURS AUX SOINS

Ikmal Braham

Résumé :

Le non-recours aux soins est défini par des variables médicales (absence de suivi médical, renoncement aux soins, retard aux soins et inobservance thérapeutique), qui peuvent être regroupées en deux catégories : comportement de malade et comportement de maladie. Le non recours aux soins s'exprime par la défaillance de l'un de ces types de comportements ou les deux à la fois.

Pour mettre en évidence les déterminants psychosociaux du non-recours aux soins, nous avons procédé par approche mixte quantitative et qualitative.

Nous avons adopté dans notre travail la méthode clinique. Dans le cadre de l'approche quantitative, nous avons construit un échantillon de cent individus, par méthode d'échantillonnage mixte (aléatoire : simple, non aléatoire : par quotas) ; dont soixante-douze non recourants aux soins, c'est-à-dire présentant au moins un comportement de non-recours aux soins.

Les sujets de l'approche qualitative ont été choisis en fonction des résultats de l'enquête quantitative, pour déceler les logiques d'articulation des déterminants psychosociaux de non-recours aux soins chez une personne donnée, pour aboutir au comportement de non-recours aux soins.

Les deux approches aboutissent à la confirmation de deux de nos hypothèses :

- Les représentations des soins sont des déterminants de non-recours aux soins.
- Les représentations du soignant sont des déterminants de non-recours aux soins.

Ce travail a été effectué sur la population de la Wilaya de Skikda en vue de l'obtention du magister en psychologie, sous la direction du Pr. F. Z. Sellahi.

Plan de l'article :

Introduction

1. Problématique

2. Construction du cadre théorique

2.1. Système de soins et recours aux soins en Algérie

2.2. Représentations relatives à la santé et recours aux soins en Algérie

2.3. Représentations des soins et du soignant en Algérie

3. Approche méthodologique

4. Résultats et discussion

Conclusion

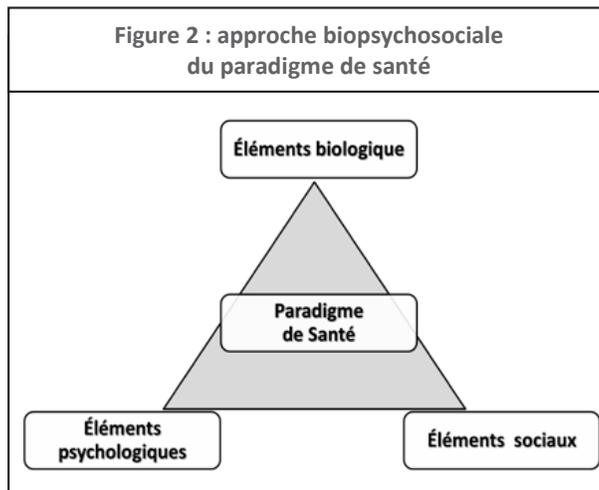
Références

INTRODUCTION :

Depuis la découverte des microbes à nos jours, les maladies infectieuses se déclinent remarquablement et, les processus pathogènes aigus dus aux germes infectieux sont petit-à-petit, remplacés par des processus de chronicisation, essentiellement liés aux comportements. Pour Mckeowen¹ le rôle des comportements de santé dans ce déclin est bien plus marqué que celui des thérapies chimiques.

La psychologie médicale ainsi que la psychosomatique, essentiellement inspirées de la psychanalyse, se focalisent sur les mécanismes, surtout inconscients, sous jacents à la maladie et à tout ce qui lui est lié. Elles ne tentent d'expliquer les phénomènes de santé, qu'après apparition de la maladie.

Jeune discipline, la psychologie de la santé a pour objet principal l'étude et la compréhension des comportements relatifs à la santé, avant, durant et même après la maladie.



1. Mckeown, 1979, p. 117. In Jane Ogden, *Psychologie de la santé*, 2011, p. 16) (Mc-keown, 1979, p117. In Jane Ogden, *Psychologie de la santé*, 2011, p. 16.

Cela dit, ces comportements et leurs motivations sont dépendants de leur contexte psychologique et social. C'est pourquoi la psychologie de la santé tente d'expliquer et même, de changer les comportements selon le modèle biopsychosocial, qui se veut global et surtout opérationnel.

Les représentations que se font les individus de la santé et de la maladie, leurs dispositifs biologiques, leur organisation psychique, leur degré d'intégration sociale et leur niveau de satisfaction par rapport à leurs besoins et leurs attentes, définissent leur rapport à la santé, et les comportements qu'ils adoptent.

Les facteurs biologiques : dérèglements physiologiques, douleurs, symptomatologies physiques, etc., peuvent créer un besoin de soins, qui n'est pas toujours traduit en une demande ou comportement de recours aux soins immédiats et, les soins auxquels il y'a recours ne sont pas toujours conventionnels.

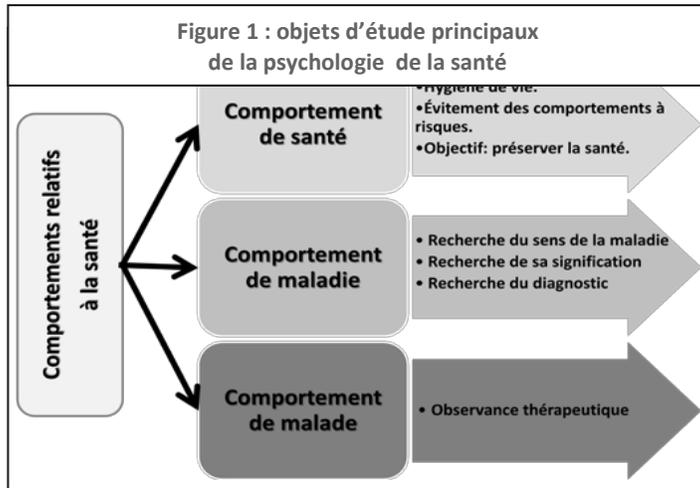
Notre travail s'inscrit dans le cadre de la psychologie de la santé et, a pour but de contribuer à l'explication des facteurs psychosociaux induisant le non-recours aux soins et à une conduite à tenir pour promouvoir le recours aux soins.

1. PROBLÉMATIQUE :

Les comportements relatifs à la santé sont définis par Kasl et Cobb² par trois types de comportements :

- les comportements de santé (ayant un impact sur la santé) ;
- les comportements de maladie (englobant toutes les actions d'un individu malade ayant comme but de faire face à celle-ci) ;
- les comportements de malade (traduisant tout ce qu'il fait pour rétablir sa santé, ou s'adapter à sa maladie).

2. Jane Ogden, *Psychologie de la santé*, 2008, p. 15



Le phénomène de non-recours aux soins, inscrit dans le registre des comportements relatifs à la santé, présente des difficultés de définition. C'est un phénomène de nature essentiellement empirique. Il est de ce fait défini par des variables médicales, dont les plus pertinentes sont : l'absence de suivi médical, le renoncement aux soins, le retard aux soins et l'inobservance thérapeutique³. L'absence de suivi médical, le renoncement aux soins et le retard aux soins constituent une défaillance du « comportement de maladie ». Alors que dans l'inobservance thérapeutique, c'est plutôt le « comportement de malade » qui fait défaut.

Le phénomène de non-recours aux soins, comme nous le constatons, est complexe et se présente sous plusieurs aspects, mais un seul de ces aspects suffirait pour indiquer sa présence.

La complexité de ce phénomène ne réside pas seulement dans sa définition, mais aussi dans la variabilité et la complexité même de ses déterminants.

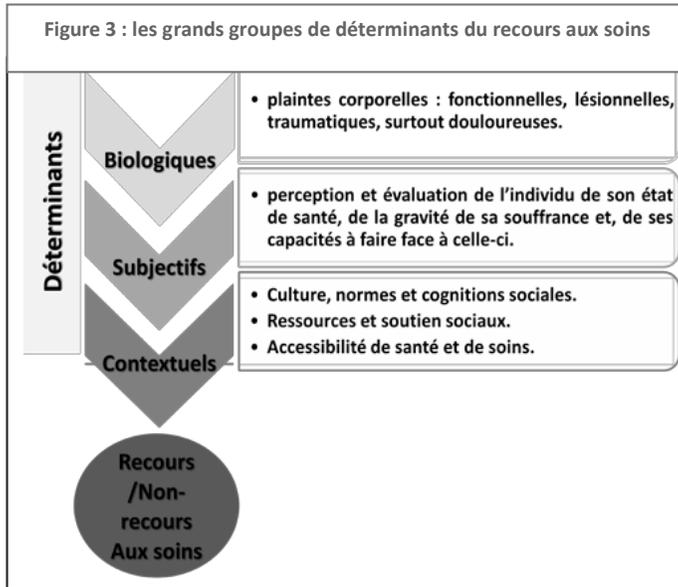
Les déterminants biologiques, dont les plaintes corporelles : fonc-

3. Antoine Rode, La construction du non-recours aux soins des populations précaires et ses enjeux de légitimité, 2008.

tionnelles, lésionnelles, ou encore traumatiques, et surtout douloureuses exprimant une souffrance physique, sont des raisons plus ou moins objectives de recours aux soins. Ceci dit, elles comportent toutes une composante subjective liée à la perception et l'évaluation de l'individu de son état de santé, de la gravité de sa souffrance et, de ses capacités à faire face à celle-ci. Elles comportent aussi une composante contextuelle, construisant et construite par la culture ainsi que les normes et cognitions sociales, influençant à leur tour ses choix pour faire face à la situation de vulnérabilité qu'engendre la souffrance physique.

De ce fait, la plainte corporelle bien qu'étant le premier déterminant de recours aux soins, n'engendre pas toujours ce comportement. Le système de santé algérien ayant subi des réformes importantes durant les dernières années et malgré les efforts de l'état pour améliorer la santé publique et augmenter l'accessibilité et la qualité des soins, malgré la multiplication des services de soins, le phénomène de non-recours existe toujours. Un questionnement s'impose : qu'est ce qui détermine le choix d'une personne présentant des symptômes pathologiques, de ne pas recourir à un médecin, ou service de santé privé ou publique ? Qu'est-ce qui empêche une personne ayant consulté un médecin, de suivre sa prescription ? Qu'est ce qui fait que des patients n'adhèrent pas aux prescriptions médicales ou aux conseils de leurs médecins ? Autant de questions évoquant à la fois la responsabilité des individus par rapport à leur état de santé, mais aussi leurs perceptions concernant la santé et la maladie et le système de santé, ainsi que leur situation sociale et économique.

Si les déterminants biologiques n'empêchent pas le non-recours aux soins, prendre les déterminants psychologiques ou psychopathologiques seuls, nous situerait dans une approche individuelle, décontextualisant le problème, quoiqu'importante, dans la prise en charge des malades et spécialement dans la relation thérapeutique et l'observance du patient. Ceci dit aller vers le social ne résoudrait pas forcément le problème, mais rendrait la subjectivité de l'individu en souffrance physique, inaccessible à l'étude.



C'est pourquoi nous avons choisi de nous pencher sur les déterminants psychosociaux du non-recours aux soins. Se situant à l'intersection du psychologique et du social cette approche nous permet de couvrir un champ plus important à la fois sur le plan individuel et social, pour une meilleure compréhension du phénomène de non-recours aux soins et ses déterminants.

Etant convaincu que l'être humain, aussi complexe qu'il soit ne peut être abordé par l'un de ses aspects sans l'autre, que ses comportements ne sont pas seulement le produit de processus purement cognitifs, ou purement contextuels, mais les deux à la fois et, que les aspects biologiques et psychologiques en permanente interaction avec les aspects sociaux de la vie humaine, façonnent et modifient les comportements et dans un souci d'intégration et de synthèse, nous avons estimé important de prendre toutes ces composantes en considération.

Dans ce sens, les variables que nous avons retenues à partir de notre travail exploratoire empirique et théorique sont :

- **les représentations de la santé et de la maladie**, prises dans le cadre du modèle dimensionnel des représentations de la santé, combiné à celui de Leventhal des représentations de la maladie.
- **Les représentations des soins**, incluant ceux des médicaments, du système de soins, des soins alternatifs et des examens médicaux.
- **Les représentations du soignant**, avec l'ensemble des composantes allant de la fonction du soignant à son image, sans oublier la relation soignant-soigné.
- **L'accessibilité présentée sous plusieurs aspects (géographiques, économiques, etc.)**, dans le cadre des obstacles situationnels évoqués par la théorie du processus de comportement de santé (HAPA).
- **Et le soutien social**, émotionnel, informationnel et matériel.

Ces variables ont donc été regroupées en deux groupes de déterminants :

- les représentations relatives à la santé et à la maladie, déterminants d'ordre sociocognitif.
- les déterminants socio-environnementaux ou contextuels.

C'est dans ce cadre que nous avons tenté de répondre à notre question : Quels sont les déterminants psychosociaux du non-recours aux soins ?

2. Construction du cadre théorique :

Les résultats d'une étude doctorale faite à l'université Paris-6, portant sur les déterminants psychosociaux du recours aux soins, met le doigt -par ses résultats- sur l'expression d'une « frustration » entre attentes et offres de soins. Selon Fabienne Bazin, auteur de l'étude, cette frustration est retrouvée chez « les personnes ayant connu des trajectoires de vie difficiles (événements graves, ruptures biographi-

ques) »⁴. Ceci est dû à l'importance de leurs attentes et demande de soins, comparée à « des perceptions négatives de leur niveau socio-économique », ainsi que certaines caractéristiques psychologiques (notamment une faible estime d'elles-mêmes) »⁵.

D'autres études ont eu pour objet le non-recours aux soins. Certaines visent à décrire les facteurs de construction du non-recours, d'autres traitent la question en se basant sur les critères d'accessibilité géographique, économique et socioéconomique des soins ; mais rares sont les études qui mettent en avant les facteurs psychosociaux. Ceci serait dû aux cadres de ces études : épidémiologie, économie de la santé, géographie de la santé, etc.

Beaucoup de ces études révèlent un lien entre les faibles revenus et la perception d'une moins bonne santé que le reste de la population chez certaines personnes, qui est en revanche, significativement associée au non-recours aux soins, surtout chez des spécialistes. Elles mettent ainsi le doigt sur « l'importance et le profil des populations en situation de précarité ou vulnérabilité sociale »⁶.

D'autres aboutissent à l'importance du réseau social et du soutien social, dans le recours ou non aux soins, comme celle réalisée dans le cadre d'une Convention d'étude entre le Fonds de Financement de la CMU (Couverture maladie universelle) et l'Université Paris Dauphine, dans le but de Comprendre les causes du non-recours à la CMUC (Couverture maladie universelle complémentaire)⁷.

Quant à la psychologie de la santé, plusieurs modèles théoriques tentent de cerner les prédicteurs des comportements relatifs à la santé. Certaines les résument à des processus cognitifs, essentiellement perceptifs comme pour la théorie des croyances de santé (HBM pour *health believe model*) ; parfois surajouté d'éléments

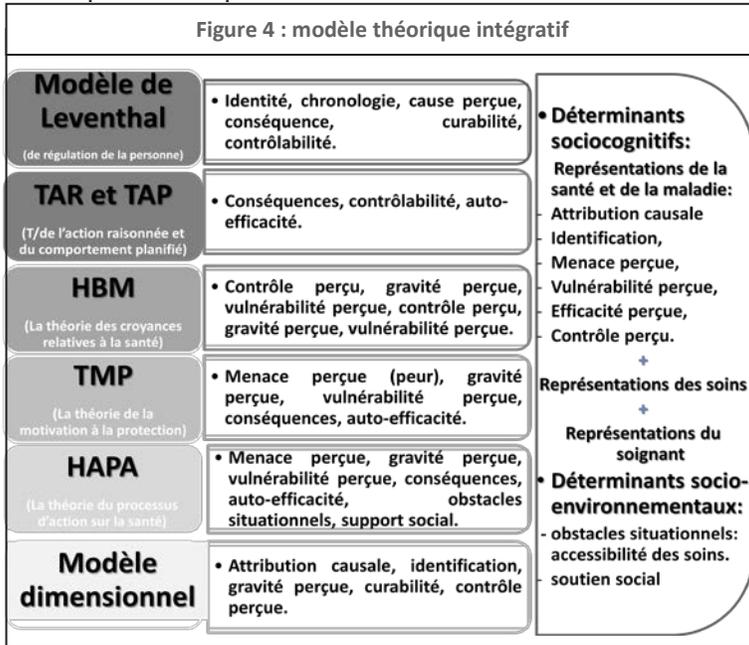
4. Fabienne Bazin, *Les déterminants psychosociaux du recours aux soins*, 2006.

5. Ibid.

6. Fahet Georges, Cayla Françoise, *Précarité sociale et recours aux soins dans les établissements de soins du Tarn-et-Garonne*, 2007

7. Dufour-Kippelen Sandrine et coll ; *Comprendre les causes du non-recours à la CMUC*, 2006.

émotionnels et/ou affectifs comme pour la *théorie de la motivation à la protection*, qui tente d'intégrer le contexte environnemental et/ou intra-personnel par le biais de l'information.



Le modèle explicatif d'Ajzen, ou *théorie de l'action raisonnée* (TAR), ou encore sa version améliorée, la *théorie du comportement planifié* (TCP), tentent d'intégrer les facteurs sociaux par l'évocation de la dimension normative et de la désirabilité sociale. Ce modèle se focalise sur les croyances, bien qu'étant abordées plutôt dans leurs aspects cognitifs que sociaux. Parmi les théories sociocognitives La *théorie du processus de comportement de santé* (HAPA), semble être celle qui donne plus d'importance aux facteurs environnementaux et sociaux, par l'intégration de la dimension contextuelle et du support social dans son modèle de prédiction des comportements relatifs à la santé.

D'autre part les *modèles explicatifs des représentations, sociales et subjectives*, mettent en avant les éléments psychosociaux et repla-

cent ainsi les individus et leurs comportements dans le contexte social, tout en révélant explicitement ou implicitement la lecture que l'individu fait de ce contexte social et de ses composantes, pour pouvoir par la suite traiter l'information intra et extra personnelle, et réguler ses perceptions, ses attitudes et enfin ses intentions pour produire les comportements adéquats à sa propre évaluation des faits et contextes.

Nous avons construit notre approche théorique, par intégration des différentes dimensions de ces modèles explicatifs (figure 4), pour donner une image aussi réaliste que possible du problème.

Ceci dit, une analyse contextuelle du cadre socioculturel et socioéconomique de notre travail, s'impose. Nous partirons donc d'une brève analyse du système de santé algérien aux représentations que se font les citoyens, de la santé et des soins, ainsi que les comportements de recours ou de non-recours aux soins qu'ils adoptent.

2.1 Système de soins et recours aux soins en Algérie :

En Algérie, comme dans beaucoup de pays dans le monde, les causes de morbidité tendent de plus en plus, vers des maladies non transmissibles, essentiellement chroniques. Maladies caractéristiques de la civilisation et de la course socioéconomique à laquelle tout les pays du monde, ou presque, sont amenés à participer, sous la pression de la mondialisation. Mais, l'Algérie reste un des pays en voie de développement, il garde donc certaines caractéristiques typiques de cette catégorie ; des données épidémiologiques, qui se traduisent par la persistance de maladies ou de nombre de maladies transmissibles (tuberculoses, maladies à transmission hydriques, zoonoses, etc.)⁸, autrefois dominantes.

Il semblerait donc que le système de santé en évolution en Algérie, arrive à traduire ces efforts en données épidémiologiques évolu-

8. MICS, *Rapport préliminaire, résultats de l'enquête MICS3 ALGERIE 2006, 2007*, p67.

tives. Mais est-ce que ces efforts que fournit l'état pour améliorer l'état de santé de la population sont suffisants ? Est-ce que les plans de santé et d'éducation en santé couvrent tous les besoins et les problèmes posés par les caractéristiques sociales et psychosociales de la population ? D'autre part, est-ce qu'ils apportent des réponses satisfaisantes aux questions socioéconomiques et sociopolitiques affectant le système de santé du pays ? En d'autres termes, est-ce que le développement du système de santé intervient suffisamment et induit une évolution de la santé de la population ?

Nous ne prétendons pas pouvoir répondre à ces questions, mais nous voudrions toutefois présenter le système de santé Algérien sous plusieurs angles, pour une analyse qui n'a pour objectif que l'affinement de ce questionnement.

Il faut d'abord dire clairement, comme le fait Mohamed Mebtoul, sociologue à l'unité de recherche en sciences sociales et santé à l'université d'Oran, que le système de santé algérien se réduit en fait à un système de soins : « entendu comme l'ensemble des offres thérapeutiques instituées et reconnues par les pouvoirs publics »⁹.

Ces offres fournies par les différentes structures de santé : publiques ou privées, centrales ou périphériques, restent entachées d'incertitude, car émanant d'un système en plein « spaltung communicationnel », ou comme le désigne M. Mebtoul par le terme « ruptures » entendues comme : « l'absence de passerelles, de liens et de coordination entre les hôpitaux, les structures dites périphériques et le secteur privé »¹⁰.

Comme ce chercheur, nous pensons qu'une telle absence de communication, essentiellement écrite, véhiculant l'information médicale nécessaire pour un suivi cohérent du patient, favorise l'errance thérapeutique, mais aussi le non-recours aux soins.

9. Mohamed Mebtoul, *Le système de soins algérien : ruptures et errance thérapeutique*, le journal quotidien El watan, numéro du 22 Janvier 2013.

10. Ibid.

Une telle défaillance du système de soins empêche la construction adéquate et significative, non seulement d'une anamnèse mais aussi d'un programme thérapeutique adapté à la personne, en tant que telle. C'est-à-dire, un programme censé obéir à une logique de prise en charge de l'individu dans sa totalité ; non pas comme ensemble de systèmes biologiques, ou encore d'organes séparés dont la souffrance, est au meilleur des cas additionnée et jamais, ou alors rarement, articulée et comprise en termes d'individu comme « entité biopsychosociale » et non de « corps biologique ».

Cette défaillance plonge les patients ainsi que leur entourage dans une incertitude parfois même de nature « persécutive » empêchant ainsi, ou du moins rendant difficile, la construction d'une relation soignant-soigné favorable au déroulement thérapeutique et à son efficacité.

Malgré ces ruptures, le système de santé Algérien est considéré comme tel sur le plan organisationnel, même s'il manque de systématisation et de cohérence sur le plan empirique.

Aux ruptures et absence d'articulation entre les différents services et niveaux de soins et à la rareté, voire l'absence d'informations médicales essentiellement écrites, censées être fournies aux patients et aux confrères, s'ajoute une pratique médicale obéissant au pouvoir sociopolitique ayant pour premier objectif de véhiculer une image d'un système de santé irréprochable. Une image idéale masquant de multiples défaillances : pénurie des moyens, formation lacunaire des professionnels de santé ou du moins pas assez adaptée aux problématiques réelles et à l'environnement dans lequel ils doivent exercer. Un environnement où ils ne peuvent plus se contenter de leur savoir médical, mais où ils doivent faire preuve d'une « créativité marquée » pour faire face à cette pénurie de moyens. Il ne s'agit plus d'ausculter, d'examiner, de poser un diagnostic, de prescrire ou de soigner, mais surtout de trouver les moyens pour le faire et s'il le faut, d'en « bricoler ».

Les professionnels de santé doivent aussi faire face à la charge de violence qui leur est attribuée par les patients et leurs proches.

Cette violence attribuée à l'origine à la maladie est selon Breton ¹¹, déplacée sur le soignant qui est alors pris comme premier responsable de la persistance de la souffrance du malade.

Un tel climat médical, ajouté à la spécificité de la personnalité algérienne et aux représentations des individus concernant la santé, la maladie, le soignant et la pratique médicale, le pouvoir, le corps, etc., en plus des conditions socioéconomiques et socioculturelles, influence certes le comportement de recours aux soins du citoyen algérien.

Les efforts de l'état pour développer l'accès aux soins et assurer l'égalité de santé sont certes à noter, mais bien qu'induisant une évolution des indicateurs de santé, ces efforts ne se traduisent pas forcément par l'atteinte de ces objectifs. Il faut, toutefois dire, que même en pays développés, la question d'inégalités en santé et d'accessibilité aux soins reste soulevée. Ces deux points cruciaux dépendent de l'économie du pays et de sa politique de développement et de gestion du système de santé, mais aussi des représentations des individus et leurs attitudes face aux problèmes de santé et aux soins assurés par ce système. Car l'équilibre entre demande de soins et offre de soins, autant sur le plan quantitatif que qualitatif, est le premier indicateur de qualité du système de santé. Si l'offre n'est pas doublée d'un recours, ou que la demande ne peut être traduite en recours, la qualité du système de santé en question ne peut qu'être affectée.

2.2 Représentations relatives à la santé et recours aux soins en Algérie :

La définition de la santé adoptée par l'OMS en 1946 ¹², désignant la santé comme bien être physique, mental et social, semble déjà utopique pour les pays développés. Elle l'est donc d'autant plus, dans les

11. Simon et Coll Education thérapeutique, 2009, p. 90

12. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946.

pays en voie de développement comme l'Algérie. Un pays ou beaucoup, pour ne pas dire la plupart de la population, se préoccupe plutôt de questions d'ordre élémentaire, dirais-je, vital. Ce n'est pas que la santé ne soit pas de cet ordre, mais les besoins mis en avant par cette population sont les besoins primaires : nourriture, habitat, etc. Des besoins certes en lien direct avec la santé, mais loin d'être vus sous cet angle. Prenons l'exemple de la nourriture ; il est rare de voir des personnes se soucier d'ingérer des produits « Bio » (c'est-à-dire naturels), ou de vérifier les risques des aliments sur la santé. Pourtant ce sont des préoccupations assez répandues chez d'autres populations, exprimées même, et surtout, dans l'éducation des enfants. Alors que dans la société algérienne, nous voyons souvent des enfants prendre des produits (limonade, soda, OGM (organismes génétiquement modifiés)) dont la dangerosité sur la santé et surtout infantile, est prouvée depuis longtemps.

Cela dit, les études concernant les représentations sociales de la santé et de la maladie en Algérie sont rares et, celles qui existent sont ciblées sur certaines maladies ou types de malades. Citons celle de Dahmani Salima intitulée : *Représentation de la crise convulsive dans le Constantinois*, Diplôme de post-graduation spécialisée en anthropologie de la santé, 2004, Université d'Oran¹³, ou encore celle de El Khayari Djamila, intitulée : *Les représentations sociales de la famille à l'égard du malade mental*¹⁴. Ainsi que celle de Mebtoul Mohamed sur : *Les différentes représentations de la mère vis-à-vis de la diarrhée*¹⁵.

La seule étude traitant des représentations sociales de la santé et de la maladie en Algérie, que nous avons trouvée, est une étude doctorale réalisée par S. Boumediène (2003-2004), intitulée : les

13. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946.

14. El khayari Djamila., *Les représentations sociales de la famille à l'égard du malade mental*, 2005.

15. Mebtoul Mohamed, *Les différentes représentations de la mère vis-à-vis de la diarrhée*, 1989.

représentations sociales de la santé et de la maladie en Algérie, et qui avait pris comme cas la ville de Skikda ¹⁶.

Selon cette étude il y aurait un lien de corrélation entre les représentations de la santé et de la maladie et le système social de valeurs, pour la population étudiée et cela, pour l'explication de la maladie ainsi que les choix thérapeutiques, chez 74.86% de l'échantillon ; les soins traditionnels, sans pour autant nier l'efficacité des soins conventionnels ou contemporains pour lesquels ont opté 82.96% des individus. Une grande majorité des individus ont opté pour les deux types de soins.

La santé est majoritairement définie par le négatif, c'est-à-dire, l'absence de maladie ou de douleur. Un pourcentage important de l'échantillon de cette étude présentait une attribution causale externe (le destin, la malchance, le mauvais œil, l'envie), Seulement 24.83% avaient une attribution causale et un locus de contrôle interne.

Ceci nous renvoie à quelques traits d'immaturité émotionnelle que l'on retrouve souvent chez les algériens et dans le monde arabe en général, ce qui dresse une barrière devant le raisonnement objectif, et responsable. Nous en discuterons plus en parlant de représentations du soin et du soignant.

Dans le premier chapitre du journal international de bioéthique (2012/3, vol 13), intitulé : l'approche sociale des questions de santé publique, M. Bouziani, M. Mebtoul et F. Mesli, tentent de construire un regard pluriel de la santé d'aujourd'hui en Algérie. Et ils prennent en considération les représentations sociales de la santé. Ils rapportent que : « sur un échantillon de femmes enquêtées, de conditions sociales modestes, la santé est une valeur de référence : c'est « un tout », « une première richesse », « une chose essentielle de la vie » » ¹⁷. Des résultats qui sembleraient contredire notre précédente

16. S. Boumediene, *Les représentations sociales de la santé et de la maladie en Algérie*, cas de la ville de Skikda, 2003-2004.

17. M. Mebtoul, *Les mots pour dire la santé en Algérie, aujourd'hui*, 2002.

analyse, pourtant ce n'est pas le cas. Car d'une part, ils démontrent surtout l'importance des problèmes vitaux de cette tranche de la société, qui font que la santé devient un bien, voire le seul bien existant et auquel il faudrait s'accrocher pour affronter les difficultés de la vie quotidienne et non pas seulement pour « la santé en soi » et encore moins pour une meilleure qualité de vie. D'autre part, l'échantillon étant formé de femmes, nous renvoie aux problématiques psychopathologiques pouvant être liées à l'environnement socioculturel de ces femmes. Environnement souvent frustrant, non seulement sur le plan socioéconomique, mais aussi socioculturel et moral. Cette frustration pourrait et semblerait révéler un type d'organisation névrotique (spécialement hystérique) plus présente chez les femmes que chez les hommes, que nous savons en lien avec d'importants problèmes de somatisation.

Mais les auteurs ont aussi cité d'autres résultats, obtenus cette fois sur un échantillon de fonctionnaires, à Oran, où la santé apparaît comme « un « idéal », c'est « avoir la forme », c'est « une fraîcheur physique et mentale », c'est « le bonheur », c'est « la vie » »¹⁸. Des représentations assez proches de la définition de l'OMS, mais n'impliquant pas forcément le sujet dans la préservation ou non de sa santé, car considérer la santé comme un idéal, en ferait quelque chose de difficilement accessible, qui serait presque lié à la « chance ». Le mot « avoir » révèle bien que la santé soit plutôt un don, peut être « divin », plus qu'une « responsabilité ».

2.3 Représentations des soins et du soignant en Algérie :

L'étude des représentations d'une société donnée, serait en lien direct avec la « personnalité de base » mais aussi les « personnalités statutaires » de cette société.

Les représentations sociales seront de ce fait les représentations subjectives les plus répandues, si nous considérons « la subjectivité collective », expression à la fois paradoxale et « audacieuse », mais

18. M. Bouziani, M. Mebtoul, F. Mesli, *Les concepts de la santé, état des lieux*, 2002.

on ne veut par cette expression, qu'exprimer les traits de personnalité caractérisant une société donnée.

La personnalité de base arabe étant essentiellement centrée sur l'émotivité¹⁹ serait plus encline à avoir une attribution causale et un contrôle perçu externes et, considérer la maladie et la santé, comme non maitrisables par son effort personnel et de ce fait, attribuer au médecin ou au soignant « la toute puissance » ; tout en lui retirant cette considération ainsi que la confiance à la moindre erreur, ou même au moindre manque de considération de cette émotivité et parfois même, à la moindre tentative de responsabilisation.

La relation soignant-soigné, est en soi une relation entre deux subjectivités, celle du soignant et celle du soigné. Le soignant, doté d'un pouvoir de réparation basé sur un savoir lui octroyant une reconnaissance sociale en tant que guérisseur. Confronté à une telle personnalité, mais aussi émergeant de cette société, il aura le choix entre comprendre ses patients dans ce contexte et leur offrir le soutien (surtout émotionnel) qu'ils seraient supposés attendre de lui. Ou au contraire, agir de façon parfaitement rationnelle, exerçant ainsi sa médecine, de façon mécanique, et considérant le patient comme incapable de prendre les bonnes décisions pour sa santé. Ainsi la fonction apostolique définie par Ph. Jeammet, comme la connaissance que tout médecin peut avoir « de ce que les patients sont en droit ou non d'espérer : de ce qu'ils doivent pouvoir supporter et, en outre, agit comme s'il avait le devoir sacré de convertir à sa foi tous les ignorants et tous les incroyants parmi ses patients »²⁰. Cette fonction est là, plus importante que dans le cas précédent. Bien que dans le premier cas aussi, il existe deux voies empruntées par le soignant, l'une d'entre elles serait que le soignant face à une telle personnalité, décide de la prendre par l'affectivité et la compréhension, pour justement exercer sa médecine, sans être gêné ou bloqué par le patient alors confiant et

19. Simon et Coll Education thérapeutique, 2009, p. 90

20. Ph. Jeammet et coll., Psychologie médicale, 1980, p. 302.

coopérant ; non pas forcément de façon objective et/ou rationnelle, mais plutôt émotionnelle et affective. Là encore, c'est la fonction apostolique qui l'emporte.

A cette centration sur l'émotivité de la personnalité de base dans le monde arabe, s'ajoutent les traits de caractère de la personnalité maghrébine et spécialement algérienne : révolutionnaire, impulsive, et critique.²¹ Traits de caractères souvent réprimés par l'autorité, allant de l'autorité parentale à l'autorité sociale sous toutes ses formes (dont l'autorité médicale). Il peut en résulter un recours fréquent au refoulement et un manque d'estime personnelle, deux traits agissant directement sur les comportements relatifs à la santé, et spécialement ceux de recours et de non-recours aux soins. Le refoulement ferait de la relation de soins un terrain propice à l'expression de conflits internes et l'obtention de bénéfices secondaires.

Quant au manque d'estime, il dresserait une véritable barrière devant la recherche de préservation ou de recouvrement de la santé. Une personne manquant d'estime personnelle, aurait du mal à se soucier de sa santé, et encore moins de son bien être. Mais elle aurait aussi beaucoup de mal à s'intégrer ou à se faire accepter par la société.

La maladie exclut l'individu par l'inactivité²² et plus la maladie dure, plus le statut de l'individu est affecté, plus l'exclusion est importante, générant ainsi une souffrance sociale qui à son tour renforce la souffrance physique, par le stress. Il est donc évident que pour une réintégration dans la société, le malade doit recouvrer sa santé, ou du moins montrer la bonne volonté de le faire en recourant aux soins et, en observant les consignes des soignants.

21. هشام شرابي، مقدمات لدراسة المجتمع العربي، 1981، صص 48-64.

22. Claudine Herzlich, *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, 1^{ère} éd : 1969, 4^{ème} éd : 2005, pp. 122-123 ; Sous la direction de Serge Moscovici, *Introduction à la psychologie sociale*, 1972, p. 314.

Mais il faut d'abord que cet individu aie réellement la volonté de participer à cette société par son activité et son appartenance à celle-ci. Ce qui devient de plus en plus difficile dans des sociétés marquées par une forme d'anomie socioéconomique et socioculturelle, comme c'est le cas de beaucoup de sociétés modernes et en voie de développement subissant les pressions de la mondialisation.

L'inégalité socioéconomique et socioculturelle d'une part, et la marge entre ce que la société laisse désirer à l'individu et ce qu'elle peut réellement lui offrir et lui permettre d'obtenir créent un sentiment d'injustice affaiblissant le sentiment d'appartenance et d'intégration dans la société²³. Une société qui prône des valeurs étroitement liées à la religion, essentiellement islamique et, donc à l'égalité et au respect de l'Humain, mais qui justement, a beaucoup de mal à respecter ces valeurs, du fait d'une tendance à mettre en avant l'image sociale de l'individu et son adhésion apparente à ces valeurs plutôt qu'à l'essence même de ces valeurs et leur intégration, d'abord dans les représentations individuelles et surtout, dans les comportements. Il en résulte une sorte de banalisation de l'« être » de l'individu et par conséquent de la vie humaine. Cette situation dans sa globalité pourrait aussi s'ajouter aux facteurs liés au système de soins, pour générer des conduites s'inscrivant dans le cadre du non-recours aux soins.

Les représentations des soins et des soignants comme les représentations de la santé et de la maladie, influencent les comportements relatifs à la santé, dont le comportement de malade et le comportement de maladie.

Se représenter la médecine et les soins comme toute puissance, comme parfaitement efficaces entraînerait une surmédicalisation, mais leur attribuer une puissance magique susciterait une ambivalence à leur égard et à l'égard du soignant, qui le chargerait de la souffrance du patient et le disqualifierait, si sa guérison restait

23. Allaoua Bendif, *La problématique de l'intégration sociale et le phénomène de la déviance et de la délinquance*, 1983.

lente ou impossible. Ce soignant agit par des techniques et des médicaments dont l'action thérapeutique est forcément influencée par la relation soignant-soigné, et l'influence réciproquement. La représentation du soignant agit sur l'effet du médicament et la représentation du médicament ainsi que sa symbolique, agissent sur la relation de soin et la représentation du soignant.

L'ambivalence que laissent apparaître les soins conventionnels chez les patients incite beaucoup de personnes à aller vers des méthodes de soins alternatives, dans une quête d'un meilleur rapport efficacité/méfais. Ces méthodes de soins sont réputées pour la prise en charge de la personne dans sa globalité, ce qui leur donne un certain avantage par rapport aux courants biomédicaux de soins. Mais leur objectivité est souvent discutable, ce qui fait réapparaître l'ambivalence des patients et de leurs familles. Sachant que le rôle « actif » qu'elles attribuent aux patients, contrairement aux soins conventionnels, les sécurise plus ou moins, cette ambivalence reste gérable.

3. Approche méthodologique :

3.1 Approche et méthode :

Nous avons adopté, pour réaliser cette recherche, une approche mixte : quantitative et qualitative, approche qui s'impose de plus en plus dans le domaine de la psychologie de la santé et dans laquelle, les données qualitatives et quantitatives sont intégrées pour obtenir une description et une explication plus pertinente des phénomènes liés à la santé et à la maladie et ainsi, élaborer des plans d'actions plus adéquats, autant sur le plan individuel que collectif.

Nous avons donc adopté ici une méthode clinique, d'inspiration phénoménologique²⁴. La phénoménologie étant conçue comme :

24. Marie Santiago-Delefosse, *Psychologie de la santé, perspectives qualitatives*, 2002, p45.

« étude descriptive des vécus psychologiques (actes, états, croyances, objets) tels qu'ils peuvent apparaître à la conscience de celui qui en fait l'expérience »²⁵, nous limitant par définition à l'aspect descriptif des faits, dans notre cas, psychosociaux.

3.2 Outils :

- Dans le cadre de l'approche quantitative nous avons procédé par questionnaire :

Nous nous sommes basés sur les variables médicales définissant le non-recours aux soins, que nous avons soumis à l'opérationnalisation tout en nous référant au questionnaire employé par Antoine Rode²⁶ et, celui employé dans le cadre de l'enquête sur le renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU-C²⁷, pour construire neuf questions dichotomiques autour de l'existence ou non du comportement de non-recours aux soins. Les données sociodémographiques ont aussi été recueillies par des questions dichotomiques ou à choix multiples.

Quant aux questions destinées aux déterminants psychosociaux, nous en avons fait des questions ouvertes. Pour chaque indicateur de non-recours aux soins représenté par une question opérationnelle nous avons posé la question « pourquoi ? » dans le cas où l'indicateur serait confirmé, c'est-à-dire lorsque la réponse « oui » ou « non » indique le non-recours aux soins.

- Dans le cadre de l'approche qualitative nous avons employé l'entretien :

Nous avons procédé par entretiens multiples. Nous avons effectué

25. Sous la direction de Henriette Bloch et coll., *Grand dictionnaire de la psychologie*, 2007, p686.

26. Chercheurs ayant beaucoup travaillé sur ce sujet au sein de l'observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) (Rode A., *La construction du non-recours aux soins des populations précaires et ses enjeux de légitimité*, 2008).

27. Renoncements aux soins des bénéficiaires de la CMU-C, Enquête dans les CES de l'Assurance maladie, Mars 2011.

deux entretiens en deux temps, pour favoriser l'expression libre d'une part, et éviter la lourdeur et l'ennui que pourrait causer le nombre de questions nécessaires à notre enquête, d'autre part, ce qui aurait affecté la qualité et la quantité d'informations pouvant être recueillies durant un entretien unique.

Nous avons élaboré une grille d'entretiens, en reformulant certaines questions, ou en précisant d'autres quand cela semblait nécessaire. Par exemple lorsque quelqu'un qui voulant donner la bonne réponse, obéissant ainsi, soit à une désirabilité sociale, ou *transférentielle*, et que nous incitions à la subjectivation et, à l'expression du vécu propre, en dehors d'un modèle social ou de ce que nous pourrions attendre de lui pour notre enquête.

Nous avons effectué donc deux entretiens, avec onze questions ouvertes pour le premier, et quinze pour le deuxième axées sur les représentations liées à la santé et à la maladie et, deux dans le deuxième entretien sur l'accessibilité aux soins et le soutien social.

3.3 Techniques de dépouillement et d'analyse :

- Statistiques descriptives :

Nous nous sommes limités aux statistiques descriptives pour l'analyse et l'interprétation des données recueillies par le questionnaire, que nous avons établi dans le cadre de l'approche quantitative de notre recherche. Cette modalité technique nous a semblée plus adéquate à nos objectifs de recherche.

Nous nous sommes basés surtout sur les statistiques descriptives élémentaires²⁸, bien qu'elles soient insuffisantes pour donner une réponse parfaitement précise à notre problématique. Mais nous ne prétendons pas à ce stade, apporter de réponses tranchantes à quelque problème que ce soit, mais de lancer (avec beaucoup de modestie) une, ou des voies de recherche autour d'un phénomène important pour la santé publique : le non-recours aux soins.

28. Frédéric Lebaron, *L'enquête quantitative en sciences sociales*, 2006, p. 65.

3.4 Analyse de contenu : catégorielle thématique.

Les entretiens et les questionnaires ont été soumis à une analyse thématique catégorielle. Ce type d'analyse se base sur certains éléments constitutifs du discours pour déceler les caractéristiques existantes et recherchées du phénomène étudié, évaluer leurs fréquences pour les comparer et en tirer les conclusions nécessaires.

Nous avons donc cherché dans les réponses des individus composant l'échantillon, les déterminants du non-recours aux soins et précisément, les représentations de la santé et de la maladie, les représentations des soins, l'accessibilité géographique, économique, informationnelle et organisationnelle et enfin, le soutien social.

Nous avons employé l'analyse thématique catégorielle pour le questionnaire dans le cadre de l'approche quantitative, et pour l'entretien dans le cadre de l'approche qualitative. Pour le questionnaire, nous nous sommes limités aux thèmes en lien direct avec nos hypothèses. La grille d'analyse qui en résulte est moins détaillée que celle de l'entretien elle comporte les thèmes suivants :

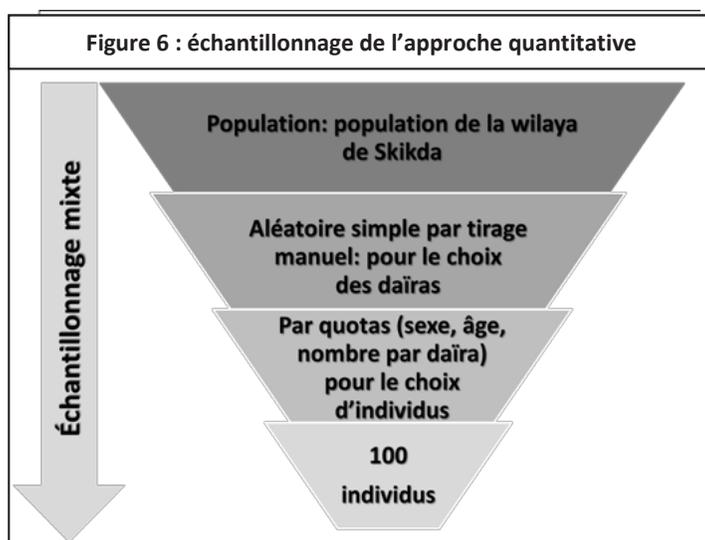
- Les représentations de la santé ;
- Les représentations de la maladie ;
- Les représentations des soins ;
- Les représentations du soignant ;
- Accessibilité économique ;
- Accessibilité géographique ;
- Accessibilité informationnelle ;
- Accessibilité organisationnelle ;
- Absence de soutien social.

La grille d'analyse de l'entretien, est plus élaborée car destinée à une analyse qualitative plus approfondie. Elle comporte les mêmes thèmes que ceux de la grille précédente. Mais aussi, des catégories et sous-catégories définies par l'approche dimensionnelle

construite dans le cadre théorique, qui ont été affinées et sélectionnées grâce à l'enquête exploratoire.

3.5 Echantillonnage :

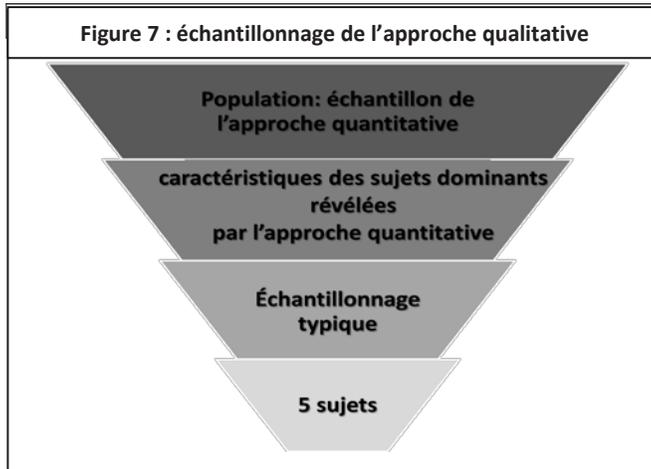
Pour l'approche quantitative, nous avons eu recours à l'échantillonnage mixte²⁹ pour construire un échantillon de 100 individus (figure 6).



Nous avons donc procédé par échantillonnage aléatoire simple en utilisant le tirage manuel, pour le choix au hasard des Daïras.

Une fois les daïras choisies, nous avons procédé par échantillonnage par quotas pour le choix d'individus dans chaque daïras tirée au sort. Nos quotas sont basés sur les proportions d'individus dans chaque daïra, leurs proportions selon le sexe et selon l'âge.

29. Patricia Delhomme et Thierry Meyer, *La recherche en psychologie sociale*, 2002, p. 135



Pour l'approche qualitative, nous avons procédé par échantillonnage typique³⁰, c'est-à-dire : choisir des individus présentant au moins un comportement de non-recours aux soins.

Nous avons choisi nos cas selon les résultats de l'approche quantitative. Pour ce choix, nous avons pris en considération, les caractéristiques dominantes des sujets révélées par les résultats de l'approche quantitative :

- Tranche d'âge : entre 20 – 29 ans, 30-39 ans.
- Niveau d'instruction : universitaire (graduation) ; secondaire.
- Activité : employés ; secteur éducation ; pas d'activité.
- Statut social : marié, avec enfants ; célibataire.
- Vie avec : grande famille ; époux/enfant/grande famille ; époux/enfants.
- Combinaison de comportements de non-recours aux soins : renoncement aux soins + retard aux soins + inobservance thérapeutique.

30. Maurice Angers, *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*, 1997, p. 237

4. Résultats et discussion :

4.1 Approche quantitative :

- 72% des sujets de notre échantillon présentent au moins un comportement de non-recours aux soins, dont 52% par renoncement aux soins, avec dominance de femmes dans cette catégorie.
- 63,33% présentent des déterminants sociocognitifs, contre 25,83% de déterminants socio-environnementaux et 10,83% d'éléments psychodynamiques.
- **Les représentations de la santé comme déterminants du non-recours aux soins**, sont présents à des taux inférieurs à 10% des sujets non-recourants par renoncement aux soins, retard aux soins et inobservance thérapeutique, seuls ou combinés. Mais aucun sujet non-recourant par absence de suivi médical n'avance de déterminants de ce groupe.
- **Les représentations de la maladie comme déterminants du non-recours aux soins**, sont retrouvés chez 64,29% des sujets présentant une absence de suivi médical (seule ou combinée à d'autres comportements de non-recours aux soins).
- **Les représentations des soins comme déterminants du non-recours aux soins**, sont à des taux nettement plus importants que ceux des représentations de la maladie et de la santé, précisément chez 91,49% des sujets présentant un comportement de non-recours aux soins par inobservance thérapeutique. Par contre on retrouve ces déterminants seulement chez 25% des sujets adoptant un comportement de renoncement aux soins et 12,5% de retard aux soins. L'absence de suivi médical comme comportement de non-recours aux soins unique ou combiné à d'autres types de comportements de non-recours aux soins, n'est associée à aucun de ces déterminants. La combinaison entre renoncement aux soins, retard aux soins et inobservance thérapeutique correspond aux taux le plus élevé de représentations des soins avancées comme déterminants de non-recours aux soins.

- **Les représentations du soignant comme déterminants du non-recours aux soins**, sont retrouvées chez 38,46% des non-recourants par renoncement aux soins, 28,57% des non-recourants par absence de suivi médical et 18,75% des non-recourants par retard aux soins. Ce qui ne peut être considéré comme significatif.
- **L'accessibilité économique comme déterminant du non-recours aux soins**, est présente chez les sujet présentant un comportement de renoncement aux soins (13,46% des sujets en question) et ceux présentant un comportement de retard aux soins (12,5% des sujets en question), alors qu'elle est inférieure à 10% chez les sujets non-recourants par inobservance thérapeutique, et nulle chez ceux présentant une absence de suivi médical.
- **L'accessibilité géographique comme déterminant du non-recours aux soins**. 12,5% des non-recourants par retard aux soins seul ou combiné, avancent l'accessibilité géographique comme déterminant de non-recours aux soins, alors que pour l'absence de suivi médical et l'inobservance thérapeutique, aucun sujet ne la présente comme telle. Le taux de ce déterminant est inférieur à 10% chez les sujets non-recourants par renoncement aux soins, ce qui n'est pas significatif.
- **L'accessibilité informationnelle comme déterminant du non-recours aux soins**, n'a été retrouvée chez aucun de nos sujets. Bien que nous l'ayons retrouvée dans le cadre de l'approche qualitative.
- **L'accessibilité organisationnelle comme déterminant du non-recours aux soins**, chez 50% des non-recourants par retard aux soins seule ou combinée à d'autres comportements. L'accessibilité organisationnelle est présentée comme déterminant de non-recours aux soins ; contre 25% des non-recourants par renoncement aux soins seul ou combiné. Alors que pour l'absence de suivi médical et l'inobservance thérapeutique ces taux sont inférieurs à 10%.
- **Le soutien social comme déterminant du non-recours aux soins**, apparaît à des taux inférieurs à 10%. Aucun sujet non-recourant par absence de suivi médical n'avance ce déterminant.

Toutefois, ne négligeons pas certaines remarques importantes :

- Les pourcentages ne sont réellement significatifs que dans le cadre des statistiques inductives.
- Notre enquête nécessiterait une taille d'échantillon plus importante, avec uniquement des sujets non-recourants pour pouvoir être généralisable, ce qui n'a pas été possible dans le contexte dans lequel elle a été effectuée.
- D'autre part les pourcentages assez bas correspondant à la plupart des déterminants posés en hypothèses révèlent plutôt la variabilité des déterminants psychosociaux de non-recours aux soins. Ces déterminants interviennent en interaction les uns avec les autres et avec les éléments psychodynamiques et psychopathologiques.

Une approche qualitative du problème, sur un échantillon bien construit et d'une représentativité importante, donnerait des résultats plus expressifs de la réalité du problème, c'est-à-dire une image plus réaliste du phénomène de non-recours aux soins et de ses déterminants. De notre côté nous avons travaillé sur un échantillon typique, où 5 cas ont été choisis selon les résultats de l'approche quantitative.

4.2 Approche quantitative :

Les discours de nos sujets dans le cadre de l'approche qualitative, tournent autour de trois thèmes principaux : représentations de la maladie, représentations des soins et représentations du soignant. Avec un ordre de priorité différent dans le discours de chacun (tableau 1).

Thème	(A)		(K)		(L)		(F)		(S)	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
R. Santé	13	7,74	06	3,47	11	7,53	09	11,11	09	7,2
R. Maladie	41	24,4	53	30,63	68	46,57	15	18,82	36	28,8
R. Soignant	13	7,74	40	23,12	17	11,64	21	25,92	21	16,8

R. Soins	43	25,6	31	17,92	31	21,23	17	20,99	26	20,8
A. Géographique	08	4,76	03	1,73	02	1,37	02	2,47	08	6,4
A. Economique	02	1,19	01	0,58	01	0,68	01	1,23	06	4,8
A. Informationnelle	09	5,35	16	9,25	04	2,74	03	3,7	03	2,4
A. Organisationnelle	20	11,9	08	4,62	/	/	10	12,34	08	6,4
Soutien social	19	11,31	15	8,67	12	8,22	03	3,7	08	6,4
Total	168	100%	173	100%	146	100%	81	100%	125	100%

Tableau 1 : résultats de l'approche qualitative

Notons que pour tous nos sujets, les représentations des soins appartiennent à la catégorie des soins alternatifs, avec comme sous catégories : efficaces, efficacité limitée, danger ou pas de danger, intégration dans la nature et mystère/magie. Des représentations à première vue contradictoires, mais qui peuvent être expliquées et comprises par le niveau d'instruction de nos sujets (choisis selon les résultats de l'approche quantitative), en référence aussi à leur environnement de socialisation, auquel ils ne peuvent qu'appartenir et, qui influence forcément leurs représentations liées aux soins comme celles liées à la santé.

Nos sujets négociant en permanence leur adaptation dans un environnement social, avec ses caractéristiques religieuses, intellectuelles et socioculturelles spécifiques, tout en étant tributaires d'un savoir scientifique, ou du moins un niveau d'instruction non négligeable et, qui contredit souvent le savoir profane, ou du moins non académique, ne manquent pas de le révéler par leurs réponses.

Chez trois de nos sujets les représentations du médicament viennent renforcer cette position paradoxale ou presque, tantôt considéré comme remède, et tantôt comme risque, danger, dépendance ou poison. Ainsi, le travail d'adaptation à la réalité de la santé et de la maladie et des comportements relatifs à la santé, dont le comportement de non-recours aux soins devient de plus en plus difficile, obéissant à « *une dynamique biopsychosociale* ».

Ceci dit, les caractéristiques psychologiques (psychodynamiques ou psycho-pathologiques) de nos sujets interagissent fortement avec les éléments environnementaux pour générer le comportement de non-recours aux soins.

L'approche qualitative, ne reposant pas sur des fréquences significatives ou non, mais plutôt sur une analyse au cas par cas, révèle la présence de tous les déterminants sociocognitifs et socio-environnementaux que nous avons posés dans nos hypothèses et cela chez quatre sujets sur cinq. Le cinquième sujet : (L), présente aussi tous ces déterminants sauf l'accessibilité organisationnelle.

4.3 Synthèse et discussion des résultats :

Les déterminants de non-recours aux soins retrouvés à la fois dans le cadre de l'approche quantitative et qualitative, sont les représentations des soins et ceux du soignant. A notre avis, mais aussi selon l'analyse du système de soins algérien à laquelle nous avons procédé³¹, ceci est lié à « l'éclatement » du système en question, avec le manque de communication entre les différents niveaux et professionnels de santé. L'absence de « travail d'articulation »³² entre professionnels et services de soins rend difficile la décision du patient d'aller vers un soignant ou un autre, un service de soins ou un autre. La qualité de la relation de soins, le soutien attendu du soignant, mais aussi la concrétisation de la maladie et l'atteinte de l'intimité, sont autant de représentations de soignant déterminant le non-recours aux soins. Les représentations des soins révélés par les représentations des soins alternatifs, que nous avons vu, contradictoires, autant que ceux du médicament, renforcent la position « d'indécision » et de difficulté d'effectuer des choix thérapeutiques, ou globalement de soins, chez les individus. Ces derniers présentant une immaturité émotionnelle souvent dominée par le refoulement et le manque d'estime person-

31. Système de soins et recours aux soins en Algérie.

32. Philippe Adam et Claudine Herzlich, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, 2012, p. 29.

nelle, manifestent de l'indécision et la difficulté d'assumer les responsabilités, étant déjà existantes chez ce genre de personnalité. Cette configuration du système de soins, la pousse à renoncer à y recourir.

Quant aux représentations de la maladie, qui sont confirmées en tant que déterminants par l'approche qualitative, ils renvoient justement aux éléments psychodynamiques de la personnalité des sujets, puisque le cadre de l'entretien, assez libre et l'écoute active, ont permis aux sujets de s'exprimer librement et à raconter leurs expériences avec la maladie ; autrement dit leur vécu. Alors que le questionnaire, bien que comportant des questions ouvertes, limite « l'abréaction » et la rend même difficile, ce qui les pousse à répondre par des phrases claires et courtes autant que possible. Ceci est aussi, à notre avis, la cause pour laquelle on retrouve l'accessibilité organisationnelle dans le cadre de l'approche quantitative, plus que dans l'approche qualitative. Il est plus simple de dire qu'on n'a pas recouru aux soins par manque de temps, ou difficulté de prendre rendez-vous ou d'attendre, que raconter le vécu en lien avec un tel comportement.

Nous pensons aussi que représentations des soins, représentations du soignant et accessibilité organisationnelle, s'articulent avec les représentations de la maladie, selon la logique avancée par C. Breton : « La maladie est une violence, [...] cette violence de la maladie est maintenant déplacée sur les médecins, les politiques, voire les patients, dans certaines théories psychosomatiques, ou les médicaments »³³.

Donc si le soignant n'est pas guérisseur ou même toute puissance, si le médicament n'est pas remède, ou l'est avec un risque de vulnérabilisation et de fragilisation et si, l'organisation du système de soins ne facilite pas le recours aux soins, la violence et la menace perçue de la maladie sont déplacées sur le soignant, les soins et le système de soins, ce qui ne favorise pas le recours aux soins mais plutôt encourage le comportement de non-recours aux soins sous

33. D. Simon et coll., *Education thérapeutique*, 2009, p. 90.

toutes ses formes : absence de suivi médical, renoncement aux soins, retard aux soins et inobservance thérapeutique.

CONCLUSION :

L'enquête réalisée nous a permis de de confirmer à la fois :

- Les représentations des soins sont des déterminants du non-recours aux soins.
- Les représentations du soignant sont des déterminants du non-recours aux soins.

Ceci nous conduit à prédire que des programmes d'éducation en santé, axés sur le comportement de non-recours aux soins doivent être mis en place, en faisant appel à des sociologues de la santé, des psychologues cliniciens et des psychologues de la santé, en plus de médecins et professionnels de santé publique.

Car comme nous l'avons vu, il s'agit de la manière selon laquelle s'articulent ces déterminants au niveau individuel mais aussi social. Ces programmes doivent donc tenir compte des traits de la personnalité « collective » renvoyant au concept de personnalité de base, ainsi que subjective, ce qui nous renvoie à la psychologie clinique de la santé. Cela nécessite donc une formation professionnelle de psychologues cliniciens de la santé, pouvant intervenir dans ces deux axes.

D'autre part, il faudrait à notre avis, former les professionnels de santé (médecins, infirmier, etc.) à la psychologie médicale, ainsi qu'à la psychologie de la santé.

La première leur donnerait une vision plus approfondie du vécu du patient, que ce soit celui lié à la maladie, ou à la relation soignant-soigné, qui doit forcément obéir aux principes de la relation d'aide, pour avoir un impact positif sur le processus thérapeutique.

La deuxième leur révélerait les aspects biopsychosociaux de la maladie et des soins, pour pouvoir les manier avec autant d'habileté que possible.

Les programmes déjà existants, avec un nombre d'heures limité, ne dépassant pas un semestre chez les paramédicaux et, beaucoup moins (deux semaines) chez les médecins en sixième année, sont insuffisants.

Toujours dans le domaine de la formation, nous pensons que le médecin après une longue formation et des stages, le poussant parfois à affronter des cas traumatiques, des blessures graves, des actes médicaux parfois à la « limite de la violence », confronté chaque jour à la souffrance humaine, à la mort et ce, depuis la fin de son adolescence, (période assez critique sur le plan psychopathologique), doit avoir l'occasion de faire du « débriefing », d'être écouté par des confrères plus expérimentés, mais surtout par des psychologues cliniciens.

Il y a aussi la technique des « groupes Balint »³⁴, qui est certes, enseignée aux médecins en sixième année, au cours des deux semaines destinées à l'enseignement de la psychologie, sans pour autant être réellement pratiquée.

Nous pensons que ces démarches peuvent contribuer à l'humanisation de l'acte médical et de la relation soignant-soigné, en débarrassant le soignant de la charge, dirais-je même de l'« armure », qu'il se voit contraint de porter pour préserver son intégrité psychique, face à de telles situations de souffrances et de traumatisme. Ce qui apparemment, a transformé beaucoup de soignants, au meilleur des cas, en techniciens, employant constamment le mécanisme de défense d'isolation.

Il ne faut pas non plus négliger l'éducation thérapeutique des patients, rôle essentiellement rempli par le soignant. Ce qui nous renvoie aux points concernant la relation de soins.

34. « groupe de 8 à 12 personnes qui se retrouvent régulièrement pour réfléchir autour de la présentation d'un cas clinique dans lequel la relation soignant-soigné pose problème et questionne » (<http://www.balint-smb-france.org/pages/les-actions-de-nom-structure.html>).

L'éducation à la santé (visant la modification des comportements des individus liés à la santé et aux soins, à l'échelle communautaire), doit aussi prendre en considération la modification des représentations de la maladie chez les individus, l'éclatement de moyens de communication, des spécialités médicales, des domaines d'intervention des soignants, rendant l'information sûre presque inaccessible, car elle devient fluctuante et changeante, voire contradictoire. Il est donc important d'apporter des réponses claires et précises, aux questionnements des individus concernant leur santé et les soins auxquels ils doivent ou peuvent recourir.

Enfin, ignorer ou négliger ou même condamner les soins alternatifs, ne résout pas le problème de non-recours aux soins conventionnels. Ces méthodes à la fois ancrées dans la culture et spécialement dans les croyances des algériens, ne peuvent être éliminées facilement. Mais, il nous semble pertinent de les soumettre au savoir scientifique académique pour en découvrir les mécanismes d'action, l'efficacité ou non, et les risques. Ensuite, introduire les résultats dans les programmes d'éducation en santé pour légitimer celles qui peuvent être pratiquées sans exposer le patient au danger et dissuader (ou du moins tenter de le faire) les personnes de recourir aux méthodes qui peuvent nuire à leur santé.

Références :

1. Adam Philippe et Herzlich Claudine, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, ed : NATHAN, 1994.
2. Angers Maurice, *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*, collection : techniques de recherches, ed : CASBAH, Alger, 1997.
3. Bazin Fabienne, *Les déterminants psychosociaux du recours aux soins*, 2006.
4. Belalloufi Hocine, *La démocratie en Algérie, (réforme ou révolution, sur la crise algérienne et les moyens d'en sortir)*, ed : Lazhari Labter, Apic, 2012.
5. Bendif Allauoa, *La problématique de l'intégration sociale et le phénomène de la déviance et de la délinquance*, publication spéciale des cahiers de la recherche scientifique du CURER, numéro 23, Constantine, Décembre 1983.
6. Sous la direction de : Bloch Henriette et coll., *Grand dictionnaire de la psychologie*, ed : LAROUSSE, 2007.

7. Boumediene S., *Les représentations sociales de la santé et de la maladie en Algérie, (cas de la ville de Skikda)*, mémoire pour l'obtention du diplôme de doctorat d'état en psychologie clinique, année universitaire 2003-2004.
8. Bouziani M., Mebtoul M., F. Mesli, *Les concepts de la santé, (état des lieux)*, Actes du Séminaire de la santé, avril 1998, Oran (à paraître). In M. Bouziani et coll., Chapitre 1 : *Regard pluriel sur la santé d'aujourd'hui*, L'approche sociale des questions de santé publique, Journal international de bioéthique, 2002, vol. 13, n° 3-4
9. Delhomme Patricia et Meyer Thierry, *La recherche en psychologie sociale, (projets, méthodes et techniques)*, ed : ARMAND COLIN/ VUEF, Paris, 2002
10. Dufour-Kippelen Sandrine et coll., Convention d'étude entre le Fonds de Financement de la CMU et l'Université Paris Dauphine, *Comprendre les causes des non-recours à la CMUC, rapport final* - Septembre 2006.
11. El khayari Djamila, *Les représentations sociales de la famille à l'égard du malade mental*, Diplôme de post graduation spécialisée en anthropologie de la santé, 19 Septembre 2005, Université d'Oran.
12. Georges Fahet, Françoise Cayla, *Précarité sociale et recours aux soins dans les établissements de soins du Tarn-et-Garonne*, Etude réalisée dans le cadre du Programme Régional, Etudes et Statistiques et du Plan Départemental d'Accès à la Prévention et aux Soins du Tarn et Garonne, Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées, Novembre 2007.
13. Herzlich Claudine, *Santé et Maladie, (Analyse d'une représentation sociale)*, ed : De l'école des Hautes en sciences sociales, 2010.
14. Jeammet Ph. Et coll., *Psychologie médicale*, ed : MASSON, Paris, 1980.
15. Lebaron Frédéric, *L'enquête quantitative en science sociales, (Recueil et analyse des données)*, ed : DUNOD, 2006.
16. Mebtoul Mohamed, *Les différentes représentations de la mère vis-à-vis de la diarrhée, (rapport préliminaire d'une pré-enquête auprès des familles du quartier d'El-Hamri)*, Unité de Recherche en Anthropologie sociale et culturelle (URASC-Oran) et Université Paris V- Sorbonne, 1989.
17. Mebtoul M., *Les mots pour dire la santé en Algérie, aujourd'hui*, Revue Prévenir, 1^{er} semestre 1996, n° 30, p. 123. In M. Bouziani et coll., Chapitre 1 : *Regard pluriel sur la santé d'aujourd'hui*, L'approche sociale des questions de santé publique, Journal international de bioéthique, 2002, vol. 13, n° 3-4.
18. Mebtoul Mohamed, *Le système de soins algérien : ruptures et errance thérapeutique*, le journal quotidien El Watan, numéros du 22 Janvier 2013.
19. Ogden Jane, *Psychologie de la santé*, ed : de Boeck, 2011.
20. Rode Antoine, *L'émergence du non-recours aux soins des populations précaires : entre droit aux soins et devoirs de soins*, lien social et Politiques, n° 61, 2009, p. 149-158. Sur <http://id.erudit.org/iderudit/038480ar>

21. Rode A., *La construction du non-recours aux soins des populations précaires et ses enjeux de légitimité*, 2008.
22. Santiago-Delefosse Marie, *Psychologie de la santé, (Perspectives qualitatives et cliniques)*, ed : MARDAGA, 2002.
23. Sass Stéphanie et Runfola Catherine, *Renoncements aux soins des bénéficiaires de la CMU-C : enquête dans les ces de l'assurance maladie*, Mars 2011.
24. Simon D., et coll., *Education thérapeutique, (prévention et maladies chroniques)*, collection : ABREGES, 2e ed, ed : Elsevier Masson, 2009.
25. MICS, *Rapport préliminaire, résultats de l'enquête MICS3 ALGERIE 2006*, 2007.
26. Organisation mondiale de la santé, *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946*.

27. شرابي هشام، مقدمات لدراسة المجتمع العربي، دار الأهلية للنشر و التوزيع، 1981.

